Rok XXXIV. Kraków 27. Kwietnia 1895 r. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy [illegible] Nr. 8. Telefon Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
W księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Street.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną w przebiegu błonicy.

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 3. Kwietnia 1895).

Napisał

Prof Dr. Jakubowski.

Chociaż bakteryologowie od kilku lat zajmowali się wyrabianiem antytoksyny dyfterycznej, czyniąc z nią następnie doświadczenia na zwierzętach, to lekarze praktyczni mały brali udział w tej pracy, sądząc, że nowy ten środek długo jeszcze pozostanie przetworem doświadczalnym wśród murów pracowni bakteryologicznych. Przed sześciu miesiącami zmieniły się zapatrywania z chwilą, gdy Roux na zjeździe higienicznym w Peszcie a wkrótce po nim Behring i Aronson na kongresie lekarskim w Wiedniu w obec licznie zgromadzonych przedstawicieli wiedzy lekarskiej przedłożyli sposoby przyrządzania antytoksyny, wyjaśnili wpływ jej na ustrój zwierzęcy, wreszcie podali skutki, jakie osiągnięto przy stosowaniu jej u ludzi w przebiegu błonicy.

Z przedłożonych niemal jednozgodnych sprawozdań, opierających się podówczas na doświadczeniach dokonanych przeważnie w szpitalach paryskich i berlińskich, dowiedziano się o nadspodziewanem zmniejszeniu się śmiertelności w tej zabójczej chorobie, co zachęciło ogół lekarzy praktycznych do rozpoczęcia ścisłych, klinicznych badań tej nowej metody leczenia, którą w krótkości nazwano seroterapią.

Ponieważ błonica występuje głównie u dzieci, przeto doświadczenia z antytoksyną przypadły w udziale przeważnie niemal wyłącznie pedyatrom. Od ostatniego kwartału ubiegłego roku we wszystkich prawie szpitalach dziecięcych wchodzi w użycie surowica przeciwbłonicza. Równocześnie na posiedzeniach Towarzystw lekarskich toczą się żywe rozprawy nad tą nową metodą leczenia, w pismach peryodycznych zawodowych jawią się liczne artykuły i sprawozdania. W biegu sześciu miesięcy literatura, odnosząca się do seroterapii, do olbrzymich wzrosła rozmiarów. Nie tu jest miejsce, by wyliczać choćby tylko główniejsze prace ogłoszone drukiem; nie mogę jednak pominąć milczeniem rozpraw, jakie przed kilku miesiącami toczyły się na posiedzeniach Towarzystw lekarzy w Wiedniu, wypowiedzieli tam bowiem zapatrywania swoje pierwszorzędni pedyatrzy niemieccy, znani w nauce jako sumienni i znakomici badacze.

Dnia 21. Grudnia ubiegłego roku prof. Widerhofer złożył sprawozdanie ze stu przypadków błonicy, leczonych surowicą Behringa w klinice pedyatrycznej wiedeńskiej, z których 24 zakończyło się śmiercią. Po wyczerpującem przedstawieniu sprawy, po porównaniu wyników leczenia innymi środkami z obecnie używaną metodą, profesor Widerhofer głosi się stanowczym zwolennikiem seroterapii, kończąc sprawozdanie temi słowy: „iż to, co wygłosił, stwierdził naocznie, co widział, w to wierzy, i nie obawia się, aby wypowiedziane zdanie kiedy odwołał".

W dwadzieścia dni później (11. Stycznia b. r.) profesor Monti zdaje również sprawę z wyników osiągniętych przez siebie przy stosowaniu seroterapii. Z 25 dzieci nawiedzonych błonicą stracił tylko jedno, t. j. 4%. Dziwić się nie można, że profesor Monti przy tak korzystnych wynikach sprzyja leczeniu błonicy antytoksyną. Opinię swą wypowiada jednak z wielką ostrożnością, mówiąc, iż sprawozdanie swe uważa tylko za tymczasowe doniesienie, przyczem z naciskiem zwraca

uwagę na rozliczne powikłania, występujące obecnie przy użyciu antytoksyny o wiele częściej niż poprzednio.

Dr. Gnändinger, dyrektor szpitala arcyksięcia Rudolfa dla dzieci, w krótkich podaje słowach, iż z 27 przypadków leczonych surowicą, stracił 11, t. j. przeszło 40%, nie może więc twierdzić, aby ta nowa metoda leczenia była w czemkolwiek lepszą od dawniej używanych środków.

Wreszcie profesor Kassowitz, opierając się nie na własnych spostrzeżeniach, lecz na tem, co dotąd słyszał lub czytał o seroterapii, uważa ją nietylko za bezskuteczną, ale wręcz szkodliwą.

Wobec tylu sprzecznych zdań, wypowiedzianych równocześnie przez znakomitych zawodowych pedyatrów, tę może jedynie odnosi się korzyść, iż w jaskrawych barwach przedstawiły się tak dodatnie jak i ujemne strony seroterapii, służąc za nić przewodnią do dalszych badań klinicznych. Wszyscy powyżej wymienieni mowcy mimo znacznej różnicy w zapatrywaniach, na jedno się zgodzili, nie wyłączając nawet Kassowitza, że dalsze badania z surowicą leczniczą w błonicy są bardzo pożądane.

Wspomnieć muszę, że w tych dniach na zjeździe internistów niemieckich w Monachium na pierwszym planie umieszczonym jest odczyt prof. Heubnera: O skuteczności seroterapii w błonicy [1]. Wreszcie zwracam uwagę, że na wniosek Dra Fischla z Pragi, jednym z przedmiotów głównych, mającym być wziętym pod obrady na XII. zebraniu Towarzystwa pedyatrów niemieckich jest zbiorowe przedłożenie praktycznych wyników seroterapii. Zebranie to pedyatrów odbędzie się dopiero w Sierpniu lub Wrześniu b. r. równocześnie z 67 zjazdem lekarzy niemieckich. Na niem dopiero po całorocznych doświadczeniach z surowicą w rozlicznych szpitalach usłyszymy zdanie pedyatrów niemieckich, jeżeli nie w zupełności, to w znacznej części wyjaśnioną zostanie sprawa, czy słuszność w zapatrywaniach co do seroterapii jest po stronie jej zwolenników, czy przeciwników. Obecnie znajdujemy się w okresie żywotnej pracy na tem polu, gorącego zajęcia się kliników-pedyatrów tą nową tyle obiecującą metodą leczenia. Mniemam zatem, że na czasie przedkładam swoje sprawozdanie z rozpoczętej pracy w tym względzie w tutejszym szpitalu dla dzieci.

Krakowski szpital św. Ludwika jest, że się tak wyrażę, bardzo odpowiednią stacyą do prowadzenia wszelkich doświadczeń z błonicą, w nim bowiem gromadzi się znaczny zastęp najcięższych przypadków, nietylko miejscowych, ale zwożonych w celu leczenia z odległych powiatów kraju. Od lat kilku bywa rocznie przeszło 200 przypadków, t. j. prawie piąta część ze wszystkich stale do leczenia przyjmowanych chorych. Rozporządzając tak obfitym materyałem, pragnąłem jeszcze w miesiącu Wrześniu ubiegłego roku rozpocząć doświadczenia surowicą; nie mogłem jednak tego uczynić z powodu braku funduszów na zakupno tego podówczas bardzo drogiego środka. Otrzymawszy dopiero w połowie Października zasiłek 500 złr. od Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności Miasta Krakowa, po dokonaniu odpowiednich prac przygotowawczych, rozpocząłem leczenie błonicy surowicą z końcem Października. W okresie pięciomiesięcznym (od 30. Października 1894 do 31. Marca b. r.) zastosowano seroterapią u 82 dzieci, z których w dniu 1. Kwietnia pozostało jeszcze w leczeniu 7; sprawozdanie więc moje opiera się na podstawie 75 przypadków, które przebyły leczenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Odczyt ten odbył się dnia 3. Kwietnia, równocześnie z wykładem prof. Jakubowskiego.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

Thermokauterectomia uteri totalis
celem zapobieżenia przeszczepieniu raka.

Podał

Dr. Aleksander Rosner.

Docent Uniwersytetu i I-szy asystent.

Ostateczne wyniki po t. zw. radykalnych operacyach raka szyi macicznej nie są bynajmniej zadowalniające i mimo znakomitego rozwoju techniki operacyjnej nie poprawiły się od czasów Karola Brauna tak, jakby się tego można było spodziewać. A przecież zaprzeczyć nie można, że czyniono w tym właśnie względzie wysiłki. Amputacyę części pochwowej zastąpiono wysokiem wycięciem szyi według Schrödera a przed kilkunastu laty postanowiono poświęcić cały chory narząd. Technika tego całkowitego wycięcia macicy zrazu dokonywanego od jamy brzusznej, została znakomicie uproszczoną i wykształconą naprzód przez propozycyę Rydygiera oddzielania szyi od strony pochwy, potem przez stworzenie metody pochwowej przez Czernego i Schedego. Ale kiedy wyniki chwilowe stały się doskonałymi a śmiertelność po zabiegu dziwnie małą, ostateczne, odległe rezultaty były i są jeszcze smutne, z dwóch przyczyn: raz dlatego, że większość, znaczna większość chorych kobiet zgłasza się do operacyi zapóźno a powtóre dlatego, że mimo, iż się pozornie operuje w tkankach zdrowych, nawrót cierpienia jest niestety bardzo częsty. Przyczynę tego upatrywano i to niewątpliwie w niektórych przypadkach słusznie w tem, że się operuje w tkance łącznej okołomacicznej zablisko nowotworu z przyczyny niemiłego sąsiedztwa moczowodów. Metoda t. zw. sakralna Herzfelda [1]) z Wiednia, potem metody Schuchardta i Mackenrodta miały nam umożliwić odsunięcie moczowodu na bok i wyjęcie tkanki łącznej z domniemanemi ogniskami rakowemi na większej niż dotąd przestrzeni. Nie wahano się w tym celu (Schuchardt) zadawać rozległych ran od sklepienia bocznego pochwy aż do warg sromowych i przez nie, lub (Mackenrodt) okrwawiać całą tylną powierzchnię pęcherza moczowego. Jakie będą ostateczne wyniki tych krwawych zabiegów, nie wiemy, ale obawiamy się, że ile się zyska przez uprzystępnienie pola operacyjnego, tyle się straci przez ułatwienie nawrotów raka przeszczepionego podczas zabiegu na duże świeże rany. W tej przeszczepialności, zdaje się, tkwi dziś rdzeń całej sprawy.

Że rak przeszczepić się da, wątpić nam dziś niewolno; dowiodły tego liczne kliniczne spostrzeżenia, z których jedno niedwuznaczne wkrótce będę miał sposobność opisać, dowiodły tego z większą jeszcze naukową ścisłością doświadczenia na zwierzętach Wehra [2]), Hanaua [3]), Moraua [4]) i innych, jak niemniej

[1]) Bericht über 1000 Bauchhöhlen-Operationen etc. Wien. 1895.
[2]) Wehr: Archiv f. klin. Chir. XXXIX. I. p. 226. 1889.
[3]) Hanau: Fortschritte d. Med. VII. 9. 1889.
[4]) Morau: Archives de méd. experim. et d'anat. pathol 1894. Nr. 5.

równie ciekawe jest nie etyczne doświadczenia Hahna[5]) i francuskiego anonima na ludziach. Że właśnie rak macicy przeszczepia się często, dowiodły żmudne i piękne poszukiwania Wintera[6]). Rzut oka na technikę wyjęcia macicy przez pochwę wystarczy zresztą, aby wykazać, że przy tym zabiegu właśnie o przeszczepienie nie trudno: operuje się tu w głębi tuż w pobliżu nowotworu i często z wielką niewygodą a po otwarciu otrzewny spłukiwanie odrywających się cząsteczek nowotworu mocnym strumieniem sublimatu lub karbolu staje się niemożliwem. O przeszczepienie w tkankę łączną w pierwszej połowie zabiegu, w drugiej zaś połowie na otrzewnę tak niezawodnie skłonną do przyjęcia tego nowotworowego zakażenia — nietrudno. Mógłby ktoś zarzucić, że idę za Winterem za daleko, akcentując tak bardzo możność przeszczepienia raka i szukając w tem miedzy innemi przyczyny częstości nawrotów, skoro inne raki, n. p. sutka mimo, że się je operuje wygodnie i używać może w całej pełni spłukiwań płynami odrażającymi, nie dają ostatecznie rokowania lepszego. Na to odpowiedzieć można, że badania dowiodły, że rak szyi macicznej długi czas jest cierpieniem miejscowem macicy i w przeważającej liczbie przypadków nie tworzy wcale przerzutów a jak poszukiwania Wintera i innych wykazały, zajęcie gruczołów przed wyraźnem przejściem raka na tkankę łączną okołomaciczną należy do wyjątków, w raku zaś sutka i gruczoły wcześnie są zajęte a dzięki skrzętnym badaniom Heidenhaina[7]) wiemy, że ogniska i odnogi nowotworu znaleźć można często daleko od pierwotnego ogniska na powięzi piersiowej. Więc nowotwór, jak rak szyi, w złośliwości swojej o tyle dobrotliwy, że ani przerzutów odległych nie robi, ani gruczołów wcześnie nie zajmuje, powinien ostatecznie radykalnym zabiegiem dać się częściej usunąć całkowicie. Wywody Wintera przemawiają bądź co bądź do przekonania, jeśli sporą cześć winy nawrotów składa na przeszczepienie raka podczas operacyi.

A wobec tego obowiązkiem naszym jest sposób operowania zmienić w ten sposób, ażeby uniknąć tego przeszczepienia. Przeszczepić można żywy nowotwór na świeżą żywą ranę; z tego wynika, że wysiłki nasze powinny iść w dwóch kierunkach: 1. nowotwór powinien być przed radykalnym zabiegiem w ten sposób zrobiony nieszkodliwym, żeby odrywanie się jego drobnych żywych cząsteczek było utrudnione, operator zaś uważać powinien, ażeby narzędziami lub palcami wprost nowotworu nie przenieść, 2. podczas zabiegu nie powinno się stwarzać podłoża, na któremby przeszczepiony kawałek mógł żyć i bujać, t. j. nie powinno się zadawać świeżych ran.

Pierwszy punkt jest niezawodnie łatwiejszy do wykonania; proponuje go Plicque[8]) i Winter i wielu w ten sposób operuje. Drugi jest niezawodnie trudniejszy i jeśli nie przeoczyłem czegoś w literaturze, zamało nań zwracano dotąd uwagi. Właśnie propozycye Schuchardta i Mackenrodta, którzy w pobliżu nowotworu, choćby nawet, jak w metodzie Mackenrodta, wyskrobanego, wypalonego i błoną śluzową pochwy obszytego zadają rozległe świeże rany, dowodzą, że w tym względzie nie zdawano sobie należycie sprawy z niebezpieczeństwa. Nie powiem, żeby o tem wcale nie myślano. Owszem; znakomity profesor berliński Olshausen[9]) w Lutym b. r. przemawiając w Towarzystwie ginekologicznem, mówi, że: „pokrycie zadanych ran strupem przez przypalenie mogłoby być bardzo skutecznem (przeciw przeszczepieniu), ale — dodaje on — dotychczas technicznie wykonać się nie da“ a na temże posiedzeniu Mackenrodt[10]) przyznaje się, że bardzo boi się tego przeszczepienia i zapowiada, że ma zamiar poprawić technikę operacyjną *insbesondere durch Cauterexstirpation.* Od J. Veita[11]) dowiadujemy się, że i Schröder bacząc na dziwnie dobre wyniki Karola Brauna, uzyskane przez zwykłą amputacyę części pochwowej pętlą galwanokaustyczną, próbował przypalać żelazem rozpalonem rany po wyjęciu macicy, co jednak porzucić musiał z powodu przepalania podwiązek zamykających duże naczynia.

Uwzględniając to wszystko, czcigodny szef mój prof. Dr. Jordan postanowił spróbować kauteroekstyrpacyi a szczęśliwemu przypadkowi zawdzięczamy, że prawie równocześnie zgłosiły się dwie pacyentki z niezbyt rozwiniętym nowotworem, z których jedną operował mój szef dnia 30. Marca, drugą ja 2. Kwietnia. Myślą przewodnią w obu tych operacyach było zastąpienie noża i nożyczek, o ile to być może, termokauterem. Zabieg przedstawiał się, jak następuje: Sprowadzenie części pochwowej ku dołowi i przypalenie powierzchni nowotworu żegadłem Pacquelina; ścisła desinfekcya pochwy; oddzielenie pęcherza od szyi macicznej w sposób zwykły za pomocą noża i na tępo palcem podczas spłukiwania rany silnym strumieniem sublimatu, otwarcie zatoki pęcherzowo-pochwowej. Od tej chwili aż do ukończenia operacyi używa się tylko kleszczyków Richelota i termokautera; otwiera się nim przedewszystkiem jamę Douglasa i głęboko przecina sklepienia boczne. Po zrobieniu tego, zakłada się pierwszą parę kleszczyków na podstawę jednego z szerokich więzadeł. Kleszczyki sprowadziliśmy od Mathieugo z Paryża; są one tak znakomicie zbudowane a zamknięte za ostatni ząbek trzymają tak mocno, że bez najmniejszej obawy można je pociągać ku dołowi a z niemi uchwyconą podstawę szerokiego więzu, którą, w ten sposób, pociągając zarazem mocno część pochwową, sprowadzić można aż do szpary sromnej. Pod osłoną wzroku i gorgeretu wsuniętego do jamy Douglasa, przepala się teraz uchwyconą tkankę wzdłuż macicznego brzegu kleszczyków. Drugą parę kleszczyków zakłada się powyżej; można niemi uchwycić resztę więzu szerokiego, lub zostawić samą tylko trąbkę, którą potem, jeśli się jej całkiem wraz z jajnikiem nie usuwa, zacisnąć można osobno. Gdyby przepalenie tej górnej części więzu miało natrafiać na trudności, można już po przepaleniu podstawy więzu szerokiego sprowadzić dno macicy do pochwy, przez co tę część zabiegu ułatwia się znacznie. Zaciśnięcie i przepalenie drugiego więzu jest wobec uruchomienia macicy jeszcze łatwiejsze i idzie bardzo szybko. Niebezpieczeństwa nadwerężenia pęcherza lub jelit nie ma, gdyż wszystko robi się pod osłoną wzroku na suchem, całkiem bezkrwawem polu operacyjnem. Spalone kikuty zasypuje się jodoformem i wsuwa między nie strzęp gazy jodoformowej, która chroni jelita od wypadnięcia do pochwy; gazą jodoformową tamponuje się również lekko pochwę.

[5]) Hahn: Berliner klin. Wochschr. 1888. Nr. 21. p 413
[6]) Winter: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek. 1892 XXIV
[7]) Heidenhain: Archiv. f klin. Chirurg XXXIX
[8]) Plicque: Thèse. Paris 1888. p. 35—40

[9]) Olshausen: Centralblatt für Gynaek. 1895. Nr. 12. p. 322.
[10]) Mackenrodt: ibidem p. 323.
[11]) Veit: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaek. XXIV. 1892. p. 144.

Zabieg ten nie wymaga żadnych osobnych okoliczności; rzecz jasna, że macica musi się dać łatwo sprowadzić ku dołowi; gdzie to nie da się zrobić, gdzie ruchomość macicy jest z powodu nacieków upośledzona, tam wprawdzie można wykonać wyjęcie macicy innym sposobem, ale się go wykonywać w ogóle nie powinno raz dlatego, że się pacyentce rzadko pomaga a często szkodzi, a powtóre, że niepotrzebnie psuje się statystykę, inne chore z rakiem macicy odstrasza od wczesnego zgłaszania się do lekarza i nie dozwala ocenić prawdziwej wartości radykalnych operacyi.

W najbliższym przypadku zamierzamy posunąć się jeszcze dalej i w dopiero co opisanym sposobie operowania uczynić dwie modyfikacye: 1) mamy zamiar nie używać noża wcale i nawet błonę śluzową sklepienia przedniego aż do wiotkiej tkanki łącznej przecinać termokauterem, 2) zamierzamy po założeniu kleszczyków na podstawę więzu szerokiego i przepaleniu tkanki po jednej stronie wykonać odrazu to samo po stronie drugiej, poczem zamierzamy uciąć szyję wysoko ponad granicą nowotworu termokauterem a błonę śluzową otwartej w ten sposób jamy macicy zniszczyć również żegadłem. W ten sposób śmielej będziemy mogli sprowadzać dno macicy do pochwy bez obawy, żeby szyja dotknięta nowotworem miała zakazić rakiem otrzewnę.

Borysowicz[12]) na ostatnim zjeździe lekarzy polskich we Lwowie radził przed otwarciem otrzewny podwiązać szyję wysoko *en masse*, odciąć ją nożem, powstałą zaś przez to ranę przyżegnąć rozczynem chlorku cynku. Zabieg ten z wielu względów korzystny dałby się uprościć w sposób wyżej opisany.

Uwaga: Już po oddaniu dnia 13. Kwietnia powyższego artykułu do druku wyczytałem w Nrze 15. *Centralblatt für Gynaek.*, wyszłym tegoż samego dnia w Lipsku, str. 402., krótką wzmiankę o zupełnem wyjęciu macicy przez pochwę za pomocą termokauteru przez Mackenrodta. Z krótkiego i trudno zrozumiałego opisu operacyi wynika, że Mackenrodt operował zupełnie inaczej, niż powyżej podano.

III. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Według tego, około której z osi gałka oczna wykonywa swe ruchy obrotowe, rozróżniamy trzy rodzaje drżenia:

1) Drżenie wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*), jeżeli ruch następuje około osi pionowej lub poziomej. Tutaj pionowy południk rogówki nie zmienia swego położenia, lecz tylko środek rogówki przebiega drogę po łuku poziomym od prawej ku lewej stronie (*n. horizontalis*) lub po łuku pionowym, od góry ku dołowi (*n. verticalis*).

2) Drżenie kołowe (*nystagmus rotatorius*). Gałka obraca się około osi przodowo-tylnej, środek rogówki nie zmienia swego położenia, natomiast południk pionowy rogówki nachyla się górnym końcem na lewo i na prawo od pionowej.

[12]) Borysowicz: ref. Neugebauera w Monatsschrift f. Geb. und Gynaek. I. i p. 49.

3) Drżenie złożone (*nystagmus mixtus*) będące kombinacyą dwóch poprzednich tak, iż środek rogówki opisuje łuk od góry zewnątrz ku dołowi wewnątrz lub od góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz (*n. diagonalis*), albo że w jednym i tym samym przypadku występuje drżenie w jednej chwili jako wahadłowe a w drugiej znów jako kołowe.

Najczęstszem w ogóle jest drżenie wahadłowe i to poziome, potem idzie kołowe i złożone, o wiele rzadziej spotyka się *n. verticalis* a najrzadziej *diagonalis*.

Jakkolwiek drgania te, jak wspomniałem, są mimowolne, to znane są przypadki, gdzie *nystagmus* na żądanie mógł być wywołanym (Schweigger, Fick); na odwrót nie brak też spostrzeżeń, że chory dotknięty drżeniem oczu, może je zmniejszyć a nawet zupełnie przytłumić przez nadanie liniom widzenia pewnego kierunku, do czego służy mu odpowiednie zwrócenie gałek ocznych a względnie ustawienie głowy. W niektórych bowiem przypadkach oscylacye zmniejszają się stale lub nawet ustępują zupełnie przy silnej konwergencyi albo mocnem zwróceniu óczu ku dołowi lub w innym kierunku. Graefe n. p. wspomina o przypadku[*]), w którym przy kierunku linii widzenia o 25 do 30° ku stronie prawej drżenie znikało, przy dalszem zaś zwróceniu na prawo pojawiało się znowu; było to tak stałem, że chory dla uwolnienia się od drżenia óczu instynktownie zwracał głowę ku stronie lewej, aby linie widzenia były pod powyżej podanym kątem ku stronie prawej skierowane. W wielu jednak przypadkach nie można znaleść takiego kierunku óczu, w którymby drżenie zupełnie ustawało; czasem znika ono wprawdzie na chwilę przy pewnem ustawieniu gałek ocznych, lecz potem występuje znowu i to gwałtowniej. Za to prawie każdy *nystagmus* znika we śnie i w narkozie chloroformowej.

O wpływie psychicznym, podniecającym drżenie óczu już wspomniałem, nadmienić tu jednak jeszcze muszę, iż niektórzy ten sam wpływ na rozmaite rodzaje drżenia przypisują większemu lub mniejszemu natężeniu światła, co jednak nie w każdym przypadku stwierdzić można.

W wielu przypadkach napotykano obok drżenia óczu całkiem podobne, wahadłowe drgania całej głowy około osi odpowiadającej osi *nystagmus*, tylko w kierunku przeciwnym. Niektórzy widzieli w tem kompensatę ruchów óczu, mającą na celu zniesienie lub wyrównanie przynajmniej w części nieprzyjemnego wrażenia, jakiego chorzy z dobrą bystrością wzroku przy tem doznają (Stellwag, Böhm). Schweigger przeczy jednak temu, a to na tej podstawie, iż nieraz widział, że ruchy głowy nie były równe, owszem raz silniejsze, to znów słabsze, podczas gdy *nystagmus* nie okazywał odpowiednich wahań tak, że istniał zupełny niestósunek między wychyleniami i szybkością ruchów głowy a óczu. Kompensata taka rzeczywiście byłaby możliwą i zupełną, gdyby nietylko kierunek ruchów głowy był przeciwny kierunkowi ruchów gałek ocznych, ale gdyby ich stopień i szybkość były ściśle takie same; wtedy dopiero obrazek przedmiotu, w który się chory wpatruje, padałby mimo drżenia óczu zawsze na jedno i toż samo miejsce siatkówki. Tak musiało być w przypadku Stellwaga, ale nie zawsze tak bywa.

Niekiedy *nystagmus* może być niejako utajonym i dopiero po użyciu podstępu można go zdemaskować. W jednym przypadku Stellwaga przy zwykłem badaniu chorego nie

[*]) Handbuch Graefe-Saemisch.

można było dostrzedz ani śladu drżenia ócz, występowało ono jednak natychmiast gdy głowę chorego odpowiednio unieruchomiono.

Ruchy drgające, jakie obie gałki przy *nystagmus* obuocznym wykonywają, są ściśle skojarzone, to znaczy, że np. przy drżeniu poziomem środki obu rogówek w tych samych momentach czasu równie daleko przechodzą na prawo i na lewo od linii środkowej, przy drżeniu kołowem południki pionowe obu rogówek zwracają się w równym stopniu tymi samymi końcami raz ku prawej, raz ku lewej stronie.

Wszelkie ruchy gałki ocznej zależą od skurczu odpowiednich mięśni. Zastanówmyż się więc teraz, które mięśnie muszą być czynnymi przy każdym z powyżej wymienionych rodzajów drżenia. Gałka oczna, jak wiadomo, posiada 6 mięśni: 4 proste i 2 ukośne. Mięsień prosty zewnętrzny i prosty wewnętrzny, które przebiegają prosto od tyłu ku przodowi, mają wspólną poziomą płaszczyznę mięśniową i pionową oś obrotową. Dla lepszego zrozumienia muszę przypomnieć, że płaszczyzna mięśniowa jestto płaszczyzna, przechodząca przez oba punkta przyczepienia jakiegoś mięśnia i przez punkt obrotowy czyli t. zw. obrocie oka. Linia zaś prostopadle na tej płaszczyźnie wystawiona a również przez obrocie oka przechodząca, stanowi oś obrotową tegoż mięśnia. Ściśle biorąc każdy mięsień oczny ma inną płaszczyznę i inną oś obrotową, mielibyśmy więc dla każdego oka 6 płaszczyzn mięśniowych i 6 osi obrotowych. Ze względów jednak praktycznych, aby nie wikłać stosunków i tak dość skomplikowanych, przyjmujemy zazwyczaj, popełniając przez to błąd minimalny, dla każdej pary mięśni po jednej wspólnej płaszczyźnie i po jednej wspólnej osi.

M. prosty górny i prosty dolny przebiegają nieco skośnie od tyłu-wewnątrz ku przodowi-zewnątrz; ich oś obrotowa leży w płaszczyźnie poziomej, zachowując kierunek od przodu-wewnątrz ku tyłowi-zewnątrz.

M. skośny górny (właściwie uwzględniamy tylko część tego mięśnia od bloczku [*trochlea*] do punktu przyczepienia na gałce ocznej) i skośny dolny biegną od góry, przodu i wewnątrz ku dołowi i tyłowi-zewnątrz a oś obrotowa wspólna, leżąca w płaszczyźnie prawie poziomej, ma kierunek od przodu-zewnątrz ku tyłowi-wewnątrz. Uwagi te są niezbędne, aby zrozumieć działanie poszczególnych mięśni i skutek, jaki skurczenie się każdego z nich wywołać musi przy rozmaitych ustawieniach gałki ocznej. Każdy ruch gałki ocznej oznaczamy według tego, gdzie zostaje zwrócony środek rogówki i jak się zachowuje przytem jej południk pionowy.

M. prosty zewnętrzny i wewnętrzny zwracają środek rogówki; pierwszy prosto ku zewnątrz, drugi prosto ku wewnątrz, południk pionowy rogówki nie zmienia przytem wcale swego położenia, zostaje pionowym.

M. prosty górny zwraca środek rogówki ku górze i wewnątrz a nachyla górny koniec południka pionowego ku wewnątrz.

M. prosty dolny zwraca środek rogówki ku dołowi-wewnątrz, nachyla zaś górny koniec południka ku zewnątrz.

M. skośny górny zwraca środek rogówki ku dołowi zewnątrz, nachyla górny koniec południka przytem ku wewnątrz.

M. skośny dolny zwraca środek rogówki ku górze-zewnątrz, równocześnie nachyla południk pionowy górnym końcem ku zewnątrz.

Widzimy więc, że te ostatnie 4 mięśnie działając nietylko podnoszą, względnie opuszczają oko, ale także zataczają gałkę około osi przodowo-tylnej, wywołują przeto skutek podwójny. Co zaś przeważa, czy zwrócenie środka rogówki, czy nachylenie południka, to zależy od położenia, jakie w danej chwili gałka oczna zajmuje. Jeżeli oko będzie w abdukcyi, t. j. zwrócone ku zewnątrz, to m. prosty górny, lub prosty dolny podziała przeważnie na środek rogówki a minimalnie tylko na południk pionowy. Przeciwnie rzecz się ma, gdy oko będzie w addukcyi. t. j. zwrócone na wewnątrz; wtedy rotacya będzie wybitniejszą, niż zwrócenie oka ku górze, względnie ku dołowi. W pierwszym przypadku bowiem oś optyczna zbliża się lub nawet schodzi z płaszczyzną mięśniową, w drugim z osią obrotową tych mięśni. Wręcz odwrotnie ma się rzecz przy działaniu obu mm. skośnych: w addukcyi przeważa zwrócenie środka rogówki ku górze, lub ku dołowi, w abdukcyi rotacya.

Zrozumiemy teraz, że *nystagmus* powstaje wtedy, jeżeli naprzemian to jeden, to drugi mięsień popada w szybkie kurcze kloniczne. Weźmy n. p. *n. oscillatorius horizontalis*. Tutaj mamy do czynienia z klonicznym kurczem m. prostego zewnętrnego i wewnętrznego. W innych rodzajach drżenia oczu już nie jedna para mięśni, ale kilka popada w skurcze kloniczne a która, to zależy od ustawienia gałek ocznych w danej chwili. Na przykład w *n. rotatorius*, jeżeli gałka zwrócona jest wprost przed siebie a więc linie widzenia ustawione równolegle, to działać będzie m. skośny górny i dolny. To samo będzie miało miejsce przy mocnej abdukcyi; nieraz też można widzieć, że *nystagmus* w położeniu tem staje się wybitniejszym. Jeżeli zaś gałka będzie w addukcyi, to rotacyę musimy odnieść do skurczu m. prostego górnego i dolnego. Toby nam tłómaczyło to także, dlaczego drżenie kołowe ustaje nieraz przy mocnej zbieżności osi ocznych, bo wtedy wpływ mm. skośnych na południk pionowy ginie. Jeżeli znów *nystagmus* przy wszystkich ustawieniach gałki ocznej występuje, to wtedy wywołują go naprzemian raz mm. skośne, raz prosty górny i dolny. Co więcej, w przypadkach drżenia obuocznego (a takie jest najczęstszem), na każde oko inne mięśnie muszą działać równocześnie. Wyobraziwszy sobie bowiem n. p. oba oczy zwrócone mocno na prawo, czyli prawe oko w abdukcyi, lewe w addukcyi, to przy drżeniu kołowem działają na oku prawem mm. skośne, na lewem m. prosty górny i dolny. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O stosunku *lichen ruber* do *pityriasis rubra pilaris* (*Devergie*).

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej w Uniw. Jagiell.

Przez wyraz *lichen* rozumieją dermatologowie począwszy od czasów Hebry, pewną właściwą, o zupełnie odrębnym charakterze anatomicznym, formę chorobową skóry, cechująca się występowaniem mniejszych lub większych guziczków,

które przez cały przeciąg choroby żadnej przemianie anatomicznej nie ulegają i jako takie po krótszym lub dłuższym czasie ustępują. Przed Hebrą oznaczano słowem *lichen* wszystkie bez wyjątku wysypki guziczkowe, bez względu na ich znaczenie nozologiczne a Willan nawet poddał pod to miano wszystkie choroby, przedstawiające się w pewnem stadyum swego przebiegu w formie guziczków, które ulegają następowo przemianie anatomicznej, zamieniając się na wykwity *(efflorescentia)* inne, naprzykład pęcherzyki i krosty. Jak widzimy, pojęcie *lichen* zostało od czasów Hebry ściśle określone tak pod względem klinicznym, jakoteż anatomo-patologicznym. Dzisiaj znamy tylko dwie choroby należące do tej grupy, a są nimi 1) *lichen scrophulosorum*, 2) *lichen ruber*.

Wielu autorów zalicza do tej grupy także i te choroby, które w pewnej swej odmianie przedstawiają się w formie guziczków trwałych, nie ulegających z czasem żadnej metamorfozie anatomicznej i jako takie odpowiadają zdaniem tych autorów powyższym wymaganiom Hebry i jego szkoły. Należy tu forma drobno guziczkowa kiły wtórorzędnej t. zw. *lichen syphiliticus*, dalej forma guziczkowa pokrzywki t. zw. *lichen urticatus*, podobnież i wyprysk prosówkowy t. zw. *eczema lichenoides*. Szkoła wiedeńska wyłącza stanowczo wszystkie wyżej wymienione osutki z swej grupy *lichen*, pozostawiając w niej tylko *lichen ruber* i *lichen scrophulosorum*, pomimo że choroby te odpowiadają wprawdzie tak pod względem anatomicznym, jakoteż klinicznym określeniu Hebry, jednak różnią się całkowicie między sobą w swej patogenezie i pojęciu nozologicznem. To też słusznie domaga się Neisser na ostatnim zjeździe dermatologów niemieckich w Wrocławiu wykreślenia liszaju zołzowego z tej klasy, proponując dla tej choroby skórnej właściwszą nazwę *scrophuloderma miliare* i zachowania nazwy *lichen* wyłącznie dla jednej tylko choroby, t. j. dla pierzchnicy Hebry *lichen ruber Hebrae*.

Nie wdając się w krytykę właściwej nomenklatury i klasyfikacyi chorób guzkowych rozmaitych autorów, przytoczyłem tylko tych kilka uwag wstępnych dla łatwiejszego zrozumienia sprawy, o którą mi głównie chodzi a jest nią stosunek, jaki zachodzi pomiędzy *lichen ruber exsudativus* a chorobą opisaną przez Francuzów: *pityriasis rubra pilaris*.

W ostatnich latach, a szczególnie od czasu pierwszego kongresu międzynarodowego dermatologów w Paryżu (1889), wywiązała się zaciekła polemika w tej kwestyi pomiędzy szkołą francuską a niemiecką a kilkanaście przypadków choroby *pityriasis rubra pilaris*, przedstawionych na zjeździe paryskim, dało sposobność Kaposiemu do określenia stanowiska, jakie on i jego zwolennicy w tej sprawie zajmują.

Aż do r. 1874 znano tylko *lichen ruber Hebrae*, który ten znakomity autor opisał bardzo dokładnie w swojej dermatologii, chorobę ciężką, z przebiegiem chronicznym a kończącą się w największej liczbie przypadków śmiercią, wśród objawów marastycznych, znacznego upadku sił i odżywienia i ogólnej prostracyi. Choroba ta charakteryzuje się występowaniem na skórze zresztą zupełnie prawidłowej, guziczków wielkości ziarnek prosa pokrytych na szczycie cienką łuską przyskórka. Guziczki te występują w dwojakiej formie: jedne z nich są kształtu stożka, twarde, barwy żywo lub ciemno czerwonej, na szczycie pokryte białą łuską, przez co są w dotknięciu chropowate i szorstkie. Drugi rodzaj guziczków jest wielkości podobnej do poprzednio opisanych, połysku woskowego, barwy blado różowej, kształtu płaskiego, opatrzony we środku małem, ale wyraźnem zagłębieniem (Delle), które zwykle zapełnione jest czopkiem, złożonym z warstw przyskórka; guziczki te są zwykle wielokątne i występują o wiele częściej, aniżeli stożkowate, sprawiając zarówno jak i tamte dosyć znaczne swędzenie. Umiejscowienie tych guziczków jest najrozmaitsze. Najczęściej spotykamy się z formą płaską guziczków, najrzadziej z odmianą stożkowatą bez domieszki guziczków płaskich a tu i ówdzie spotykamy u jednego indiwiduum obok przeważającej pierzchnicy płaskiej rozsiane w mniejszej liczbie guziczki stożkowate. Co się tyczy zmian anatomicznych w głębszych warstwach skóry, to badanie drobnowidowe wykazuje w każdym przypadku pierzchnicy zmiany w otoczeniu uchyłków włosów *(Haarfollikel)* w postaci hiperplazyi komórek zewnętrznej pochewki i nacieku komórkowego w sąsiednich brodawkach skóry; zwyczajnie przychodzi również do proliferacyi komórek w głębszych warstwach Malpighiego. W miejscu odpowiadającem zagłębieniu w środku guziczka znachodzimy zanik brodawek, a Biesiadecki zwrócił pierwszy uwagę na to, że ów środek guziczka nie odpowiada ujściu uchyłków włosowych (folikułów), lecz miejscu przyczepienia *musculi arectores pilorum*, które podług tego autora mają się znajdować w ciągłym tężcu, wywołując to tak charakterystyczne zagłębienie. Zresztą zmian innych dla choroby tej charakterystycznych nie znachodzimy.

Wybitna różnica w przebiegu klinicznym zachodzi pomiędzy odmianą chorobową o guzkach kończystych a drugą o guziczkach płaskich: gdy pierwsza pozostawiona sama sobie sprowadza z reguły po krótszym lub dłuższym czasie zejście śmiertelne, to druga przebiega znacznie łagodniej, zazwyczaj nie zajmuje w tak krótkim czasie całej powierzchni skóry, ale zajmując nieraz przez długie lata tylko mały obszar, przebiega więcej chronicznie i często nawet ustępuje bez leczenia. Pierwszych 14 przypadków Hebry zakończyło się śmiercią i dopiero odkąd poznano w kwasie arsenowym znakomity i niemal pewny środek przeciw tej chorobie, zaliczamy zejście śmiertelne w jej przebiegu do rzadkości.

W roku 1869 opisał Erasm Wilson nową odmianę choroby guzkowej skóry, którą nazwał *lichen planus*, chorobę, której opis dokładnie odpowiadał pierzchnicy Hebry o guziczkach płaskich. Wilson opisał tę chorobę zupełnie niezależnie, wkrótce po publikacyi Hebry a że przypadki przez niego obserwowane przedstawiały wyłącznie guziczki płaskie, nazwał ją *lichen planus*. Choroba ta nie była niczem innem, jak tylko *lichen ruber Hebrae*, ową odmianą najczęstszą, t. j. bez domieszki guziczków kończystych. Ponieważ z biegiem czasu odmianę guziczków płaskich, opisaną przez Wilsona, spostrzegano i opisywano coraz częściej a forma pierwotna Hebry należała do rzadkości, przeto zaczęli autorowie angielscy uważać odmianę Wilsona za osobną chorobę i nazwali ją *lichen planus Wilsoni*. Kaposi sprawdziwszy tożsamość obu tych odmian chorobowych, nazwał odmianę opisaną pierwotnie przez Hebrę *lichen ruber accuminatus* a obraz chorobowy skreślony przez Wilsona *lichen ruber planus*, wyrażając przez to dobitnie, że te dwie nazwy oznaczają tylko dwie różne odmiany jednej jednostki patologicznej, t. j. dawnego *lichen ruber Hebrae*.

Zdawało się, że odtąd zapanuje pomiędzy autorami w sprawie powyższej najzupełniejsza zgoda, ponieważ szkoła

wiedeńska pogodziła dotychczasowe sprzeczne zapatrywania klinikow. W nowszych atoli czasach wystąpił Besnier z publikacyą w *Annales de dermatologie*, której przedmiotem był opis dokładny znanej już dawniej choroby skórnej, zwanej *pityriasis rubra pilaris*. Chorobę tę opisał dokładnie w roku 1854 Divergie, jako *morbus sui generis*, ale rzecz dziwna, że aż do ostatnich lat nie znano tej choroby wcale w Niemczech a bardzo mało zresztą poza granicami Francyi. Dokładniejsze wiadomości o tej chorobie posiadamy dopiero od czasów publikacyi Richauda i Brocqua a zwracać uwagę większą w tym względzie poczęto dopiero od czasu pojawienia się prac szczegółowych Boecka, Besniera i Galewskiego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie w *Przeglądzie lekarskim* niniejszego listu, do którego ogłoszenia zniewala mię odpowiedź Dra Janowskiego, zamieszczona w *Przeglądzie lekarskim* z d. 23. b. m.

W liście moim do *Przeglądu lekarskiego* z dnia 13. Lutego b. r. pisałem, co następuje: „Liczba ta (135 J. I.) została stwierdzoną w instytucie Pasteura przez Rekowskiego, który na prośbę Rouxa badał siłę imunizacyjną surowicy francuskiej wobec działania oryginalnej toksyny z Höchst...“ „Tę samą liczbę 135 J. I. znaleziono w 1 cm.³ surowicy francuskiej, którą badano w Höchst; dowiedziałem się o tem osobiście od dyrektorów fabryki w Höchst“ i t. d. Z przytoczonych słów moich podobało się Drowi Janowskiemu wywieść, iż kwestyę wartości leczniczej surowic przeciwbłoniczych znam tylko „ze słyszenia“, stąd zaś obawia się, że „dosłyszałem niedokładnie“ i decyduje, „że niezupełnie zdaję sobie z tego wszystkiego sprawę“.

W końcu Stycznia roku bieżącego Dr. Rekowski przywiózł z Hochst do Paryża próbki surowicy Behringa Nr. I., Nr. II. i Nr. III. oraz flakon toksyny, jakiej w Höchst używają do określenia siły imunizacyjnej surowicy. W tym samym czasie przygotowywano w Paryżu większą ilość surowicy Rouxa, jaka w najbliższej przyszłości miała być po raz pierwszy puszczoną w handel (wewnętrzny i zagraniczny). Niezwłocznie po przyjeździe swoim do Paryża Dr. Rekowski rozpoczął określenie surowicy francuskiej i niemieckiej względem wspomnianej toksyny za pomocą metody niemieckiej. Surowica francuska, jaka do doświadczeń w tej mierze służyła, była wzięta z tej partyi świeżo przygotowanej surowicy, jaka przeznaczoną była na sprzedaż.

Pracując z Drem Rekowskim w instytucie Pasteura w tem samem laboratoryum (mikrobiologii ogólnej) przy sąsiednich stołach, nietylko byłem świadkiem wszystkich dokonanych przez niego doświadczeń, lecz w większości tych doświadczeń czynny brałem udział, dopomagając Drowi Rekowskiemu w części technicznej jego pracy oraz przeprowadzając z nim razem obliczenia. Protokoły doświadczeń Dra Rekowskiego były dla mnie otwarte a zwierzęta do doświadczeń użyte we wspólnych mieściliśmy klatkach. Po wyczytaniu w *Przeglądzie lekarskim* i *Gazecie lekarskiej* danych sprzecznych a nadto nie mogących być zastósowanemi do surowicy francuskiej w handlu będącej, z wiedzą i z upoważnienia Dra Rekowskiego w liście swoim do *Przegl. lek.* powołałem się na jego doświadczenia, które w szczegółach były mi znane z pewnością nie gorzej, niż Drowi Janowskiemu jego własne.

Jeżeli na drugiem miejscu przytoczyłem to, czegom się dowiedział od dyrektorów fabryki w Höchst, uczyniłem to dlatego, że potwierdzenie wyniku Dra Rekowskiego ze strony bodaj najkompetentniejszej oraz z natury rzeczy w ocenieniu surowicy francuskiej usposobionej raczej nieprzychylnie, uważałem za potwierdzenie arcy poważne.

Dr. Janowski przytacza, „że określenia w rodzaju 133 lub 135 muszą się każdemu, kto te doświadczenia rozumie i robił, wydać bardzo dziwnemi; wahania bowiem w granicach 10 nawet nieraz wcale uchwycić się nie dadzą“.

Skala Behringa-Ehrlicha przedstawia się w sposób następujący:

Jeśli działanie 0,4 cm.³ 10 normalnej toksyny jest zniesione przez domieszanie do niej 0,01 cm.³ surowicy, surowica ta posiada *minimum* 10 J. I.

Jeśli i t. d.

0,001 cm.³ surowicy . . . . *minimum* 100 J. I. i t. d.

Czyli:

	0,4 cm.³ toksyny + **0,01** cm.³ surowicy . *minimum*		**10** J. I.	
	0,009		11,1	
	0,008		12,5	
	0,007		14,3	
	0,006		16,6	
	0,005		20	
	0,004		25	
	0,003		33,3	
	0,002		50	
	0,001		**100**	
I wyżej:	0,0009		111,1	
	0,0008	0,00075	125	133,33
	0,0007		143	
	0,0006		166,6	
	0,0005		200	
	0,0004		250	
	0,0003		333,3	
	0,0002		500	
	0,0001		**1000**	

Jeśli świnka, której wstrzyknięto wraz z toksyną 0,0007 surowicy, okazuje objawy chorobowe, świnka zaś, której wstrzyknięto 0,0008 surowicy pozostaje zdrową, wydaje się dość naturalnem wstrzyknąć jeszcze innej śwince wraz z toksyną 0,00075 surowicy. Jeśli zaś ta świnka przy zdrowiu pozostaje, obliczając według skali Behringa - Ehrlicha, czyli dzieląc 1000 przez 7,5, otrzymujemy liczbę 133,33... Wobec tego, że liczba ta nie jest wartością bezwzględną, lecz oznacza pewne *minimum*, postawienie zamiast mej liczby 135 lub pozostanie przy 133 zarówno dobrze w dozwolonem przybliżeniu wartość surowicy określa. Nie potrzebuję chyba dodawać, że przygotowanie mięszaniny toksyny z 0,00075 cm.³ surowicy nie jest trudniejszem od przygotowania mięszaniny toksyny z 0,0017 cm.³ surowicy, z jaką to ilością między innemi operował Dr. Janowski.

Nie będąc upoważnionym do ogłaszania protokołów doświadczeń Dra Rekowskiego, ograniczam się na tem prostem wyliczeniu, z którego wynika, że liczby, o które chodzi, dla ludzi rozumiejących i znających tego rodzaju doświadczenia

nie są „bardzo dziwnemi“, skoro znachodzą się one w samym środku pomiędzy liczbami w skali Behringa-Ehrlicha.

Jako dowód, że surowica francuska zawiera w 1 cm.³ nie 135 ale 60 J. I. przytacza Dr. Janowski tę okoliczność, że w szpitalach paryskich najmniejsza dawką surowicy, jaką stósują, jest 20 cm.³, o czem, według słów Dra Janowskiego „ja zapewne nie słyszałem“.

Jakkolwiek Roux, mówiąc o ilości J. I., potrzebnych do wyleczenia dyfteryi o średniem natężeniu, wyrażał przekonanie, że ilość ta jest 2 razy większą od ilości jaką podaje Behring, czyli 1200 J. I., stoi on na tem zasadniczem stanowisku, że w leczeniu dyfteryi kierowanie się z góry określoną ilością J. I. jest w ogóle niewłaściwem. Opierając się na doświadczeniach własnych i cudzych, z których wynika, że surowica końska jest dla organizmu ludzkiego stosunkowo nieszkodliwą, (n. p. człowiek, leczony w instytucie Pasteura na tężec, zniósł doskonale wstrzyknięcie w sumie przeszło 400 cm.³ surowicy swoistej), poleca Roux raczej przesadzić dawkę surowicy przeciwbłoniczej, niż zastósować zrazu dawkę małą. Dlatego w szpitalach paryskich surowica ta jest stosowaną w dawkach wielkich. Ponieważ jednak zapatrywania Roux'a za granicą nie są obowiązujące, ilość zaś J. I., potrzebnych według Roux'a do wyleczenia dyfteryi, o ile przypadek nie jest ciężki lub zaniedbany, jest zawartą w 10 cm.³ surowicy francuskiej, od czasu wprowadzenia tej surowicy w handel, jest ona pakowaną nietylko w porcyach po 20 cm.³, ale nawet przeważnie po 10 cm.³ i bywa wysyłaną za granicę prawie wyłącznie we flakonach, zawierających po 10 cm.³.

Wobec tej okoliczności, która zdaje się Drowi Janowskiemu nie jest wiadomą, przytoczony przez niego argument upada.

Odpowiedziawszy na wszystkie zarzuty rzeczowe, jakie mi zrobił Dr. Janowski, zwracam tu uwagę na punkt jeden, zdaniem moim, dość zasadniczy.

W liście swoim z dnia 13. Lutego r. b. pisałem, co następuje: „liczby te (200 J. I. i liczba otrzymana przez Dra Janowskiego) nie odpowiadają rzeczywistości, t. j. nie mogą być zastósowane do surowicy francuskiej, jaką od pewnego czasu instytut Pasteura do użytku lekarskiego jedynie oddaje oraz w ciągu najbliższych miesięcy jedynie oddawać będzie.“ W słowach tych wyraziłem, zdaje mi się, dosyć wyraźnie, że liczba Dra Janowskiego a k t u a l n e j wartości nie posiada, gdyż nie może być zastósowaną do surowicy w handlu będącej. Dr. Janowski uznał za właściwe przytoczyć w swym liście w cudzysłowie tylko początek tego zdania bez tłómaczenia, w jakie je zaopatrzyłem, co oczywiście sens przytoczonych słów zmienia w sposób mogący być dla Dra Janowskiego niemiłym.

Jakkolwiek wyraźnie pisałem, że „nie wchodzę n a t e m m i e j s c u w przyczyny“ dla których Dr. Janowski otrzymał liczbę 60, Dr. Janowski przytacza znów w cudzysłowie owo „nie wchodzenie“ z pominięciem jednak podkreślonych wyrazów, co także sens danego zdania zmienia tym razem na moją niekorzyść.

Dalej pozwala sobie Dr. Janowski kłaść w cudzysłów wyrazy („ze słyszenia“), jakich w moim liście wyczytać nie mógł, bo ich tam nie ma.

Z tego wynika, że Dr. Janowski w przytaczaniu słów c u d z y c h n i e z a w s z e b y w a ś c i s ł y m. Muszę jednak przyznać, że n i e t y l k o m o j e s ł o w a ten los spotyka.

W pracy swojej, ogłoszonej w *Odczytach klinicznych* Nr. 72. zaopatrzonej datą 19. Listopada 1894. pisze Dr. Janowski na str. 44.: „W instytucie Pasteura używają n a j c z ę ś c i e j surowicy o sile 1:100000“. „Silniejszą surowicę otrzymać jest bardzo trudno, ale surowicę o sile wymienionej mają podobno p r a w i e z a w s z e“. 2-go Marca 1895. w tej samej kwestyi pisze Dr. Janowski: „Słyszałem w Paryżu, że miewają tam c z a s e m surowicę = $\frac{1}{1000000}$“.

Jeżeli w liście swym do *Przeglądu lekarskiego* z dnia 13. Lutego r. b. nie zastanawiałem się nad przyczynami, dla których Dr. Janowski otrzymał liczbę 60, nie czyniłem tego dla tej prostej przyczyny, że nie uważałem za właściwe występować z krytyką cudzej pracy w liście do Redakcyi, mającym przeznaczenie inne, czysto informacyjne; oświadczyłem to zresztą wyraźnie w wyrazach: „na tem miejscu“. Skoro jednak Dr. Janowski pomawia mię o „dyskretne“ nie wchodzenie w jego pracę, ośmielę się zwrócić jego uwagę na następujące szczegóły:

Według słów Dra Janowskiego (patrz *Odczyty kliniczne* Nr. 72, str. 34.) Aronson prawie zawsze posiada toksynę, której dawka 10-normalna wynosi 0,1 cm.³. Toksyna zaś, otrzymana od tegoż Aronsona i przywieziona do Warszawy przez Dra Janowskiego okazała się 6 razy słabszą. Hodowla laseecznika błoniczego, jakiej w Paryżu do określenia siły imunizacyjnej surowicy Martin stale używa, w dawce $\frac{1}{2}$ cm.³ zabija świnkę w ciągu 24 godzin (patrz *Le progres Médical* 1894. Nr. 42.; *Serumtherapie de la diphterie.* 2° *Conférence à l'Institut Pasteur*, le 14. Octobre, par M. Martin). Hodowla zaś, jaką Dr. Janowski do Warszawy przywiózł, zabijała świnkę dopiero po niespełna $2\frac{1}{2}$ dobach (patrz *Gazeta lek.* 1895. Nr. 4.) a więc hodowla ta okazała się także słabszą od używanej w Paryżu.

Określając surowicę francuską i niemiecką sposobem niemieckim, Dr. Janowski stosunkowo słabe działanie posiadanej przez siebie toksyny kompensował przez stosowanie odpowiednio większych dawek. W ocenieniu jednak siły tych surowic niejedną do nich przykładał miarę: w doświadczeniach ze surowicą francuską *(Gazeta lekarska* 1895. str. 82) uważał Dr. Janowski za rozstrzygające takie ilości surowicy, jakie chroniły z u p e ł n i e zwierzęta od działania jadu; wyraz „zupełnie“ Dr. Janowski w tem miejscu podkreśla; w doświadczeniach zaś ze surowicą niemiecką (l. c. str. 83) wystarczały Drowi Janowskiemu ilości surowicy „prawie zupełnie“ chroniące świnki od działania jadu. Dr. Janowski liczb tu nie przytacza.

Określając surowicę francuską i niemiecką sposobem francuskim, operował Dr. Janowski hodowlą znacznie słabszą od tej, jakiej się używa w Instytucie Pasteura. Gdyby był operował hodowlą o należytej jadowitości, byłby otrzymał dla obydwu surowic liczby mniejsze od tych, które podaje. Wówczas surowica niemiecka Nr. I. wypadłaby nie jako $\frac{1}{50000}$ — $\frac{1}{75000}$ w nomenklaturze francuskiej, lecz jako [illegible] — [illegible]. Wówczas nie znaleźlibyśmy prawdopodobnie w pracy Dra Janowskiego tej drobnej zresztą sprzeczności, że jedna i ta sama surowica niemiecka Nr. I. określona sposobem francuskim, posiadała siłę [illegible] albo nieco tylko większą, w każdym razie mniejszą od [illegible] (l. c. str. 83), określona zaś sposobem niemieckim okazała niecałe 60 J. I.,

skoro w odpowiedniej dawce chroniła zwierzę od działania jadu nie zupełnie, a tylko „prawie zupełnie“ (l. c. str. 83).

Posiadana przez Dra Janowskiego surowica francuska byłaby się okazała również słabszą, niż 60 J. I. Tak wielka zaś różnica pomiędzy liczbami, otrzymanemi z jednej strony przez Dra Janowskiego, z drugiej zaś strony ogłaszanemi przez Instytut Pasteura w czasopismach, oraz w dołączanej do każdego flakona surowicy francuskiej *Instruction pour l'emploi du sérum antidiphtérique (Cette activité correspond environ à celle d'un Sérum de 100 à 200 unités immunisantes de M. Ehrlich)* byłaby może naprowadziła Dra Janowskiego na myśl, że surowica francuska, jaką posiadał, była zapewne inną, aniżeli ta, jaka jest w handlu, czyli że otrzymana przez niego liczba aktualnej wartości nie posiada.

W końcu nadmieniam, iż od czasu, w którym zaczęto surowicę francuską sprzedawać, czyli od pierwszej połowy Lutego r. b. Martin określa siłę immunizacyjną otrzymanych partyj surowicy nietylko sposobem francuskim, ale i niemieckim, posługując się w tym celu własną toksyną, zabijającą świnki w dawce 0·1 cm.^{3} w ciągu 48 godzin. Wszystkie surowice, które okazują mniej, niż 100 J. I. są odstawiane na bok i do handlu zupełnie się nie dostają. Surowice zaś, których siła przewyższa 100 J. I., zostają w większych ilościach zmięszane, tak, że niejednostajność różnych flakonów z osobna przez to zostaje wykluczoną. Według obliczeń Martina, surowica francuska w handlu będąca zawierała od początku i zawiera obecnie 130—140 J. I. Doświadczenia Martina w tej mierze są prowadzone w Instytucie Pasteura również publicznie, jak doświadczenia Dra Janowskiego; jakkolwiek Martin nie zapewnia, że przeprowadza doświadczenia swe *lege artis*, sądzę, że trudno o tem wątpić.

Przykro mi niezmiernie, że nadużyłem gościnności Redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, oraz cierpliwości czytelnika, tak długą Drowi Janowskiemu odpisując repliką. Mam nadzieję, że usprawiedliwi mię ciężkość zarzutów, jakie mi zrobiono, oraz chęć odparcia ich w sposób ile można jasny i dokładny a to głównie w tym celu, by polemiki niniejszej dłużej nie przeciągać. Na wszystkie zarzuty rzeczowe zwykłem również rzeczowo odpowiadać. Stanowczo jednak protestuję przeciwko tonowi, jakim Dr. Janowski w liście swym do *Przeglądu lekarskiego* z 2. Marca do mnie czy o mnie przemawia i z góry oświadczam, iż w razie powtórzenia się podobnego sposobu pisania z czyjejkolwiek strony nie będę się trudził odpowiedzią. *Dr. Karol Klecki.*

Paryż, Instytut Pasteura, 31. Marca 1895.

Z przytoczonych wyników widać, że badania stosują się do różnego rodzaju surowicy Roux'a. Kol. Janowski miał surowicę wcześniej i wówczas była ona słabsza, obecnie zaś surowica, którą zbadał kol. Klecki, jest widocznie silniejszą. Wobec tego Redakcya uważa kwestyę za wyczerpaną. *(Przyp. Red.).*

VI. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Hirschberg: **O zaćmie warstwowej.**

Zaćma warstwowa zdarza się przeważnie w wieku młodym, częściej u chłopców niż u dziewcząt i jest z małymi wyjątkami obustronną. Najczęściej napotyka się ją w wieku od 5 do 15 lat, rzadziej już od 1 do 5 i od 15 do 25 lat; powyżej zaś lat 25 zdarza się tylko sporadycznie.

Jeżeli oko z zaćmą warstwową posiada bystrość wzroku = $^1/_3$ lub $^1/_2$, to najlepiej zrobi lekarz, jeśli zachowa się zupełnie biernie i żadnego rękoczynu dla polepszenia bystrości wzroku nie przedsięweźmie, gdyż lepszą bystrość wzroku zapomocą operacyi zaćmy rzadko osięgnąć można.

W przypadkach zaćmy małej radził Graefe wykonywać irydektomię optyczną. Przeciwko temu zdaniu wystąpił Horner, zalecając discysyę Autor także nie jest zwolennikiem irydektomii, gdyż zdaniem jego zabieg ten bardzo rzadko polepsza bystrość wzroku, a to dlatego, że soczewka łamie swą przybrzeżną częścią światło jeszcze nieregularniej, niż odpowiednie miejsce rogówki a choćby i obrazek tworzący się na siatkówce był dokładny, to wynik optyczny zostaje bardzo zmniejszony przez olśnienie, jakie sprawia zaćmiona część soczewki, rozpraszając światło po całej siatkówce, skutkiem czego obrazek choćby i dokładny nie dość ostro odgranicza się od otoczenia. Prócz tego oczy z zaćmą warstwową są nader często niedomiarowe. Stopień tej wady ani przedmiotowo ani podmiotowo dokładnie nie da się oznaczyć właśnie z powodu zaćmienia soczewki. Wzrok krótki staje się coraz krótszym i jedynie wydobycie soczewki może, zdaniem autora, postęp dalszy powstrzymać.

Przed operacyą należy dokładnie oznaczyć bystrość wzroku tak przy wąskiej jak i szerokiej źrenicy i otworkiem stenopeicznym, gdyż takie badanie może nam wskazać co chory przez operacyą uzyskać może.

Jeżeli zaćmienie jest mocne i wzrok znacznie upośledza, należy soczewkę z oka usunąć. U dzieci najlepiej za pomocą dyscysyi, zanim jednakże korzyść z operacyi będzie widoczną, upłynąć może nawet i 6 miesięcy. Tak długo bowiem trwać może wsysanie się soczewki.

Nie należy równocześnie operować na obu oczach, ale po wykonaniu operacyi na jednem oku czekać, póki znaczniejsze polepszenie się bystrości wzroku na tem oku nie nastąpi. Należy także pamiętać, że jeśli oko zezuje, to wynik operacyjny będzie bardzo nieznaczny.

Jeśli pacyent jest rozsądny (u starszych), to soczewkę można wydobyć za pomocą cięcia płatowego bez wycięcia tęczówki. Soczewka występuje cała bez trudności. H. zestawia wyniki operacyjne wszystkich przypadków przez siebie operowanych i przychodzi do przekonania, że dobre wyniki uzyskać można tylko za pomocą dyscysyi lub ekstrakcyi, o wiele mniej korzystne są wyniki po indektomii. *(Centralblatt fur Augenheilkunde*, Marzec 1895).

Dr. Brudzewski.

Chirurgia.

O. Ostermayer: **Przyczynek do wiadomości o zranieniach pęcherza moczowego podczas herniotomii.**

Że dawniej tak mało słyszeliśmy o tego rodzaju zranieniach i w ogóle o tak częstem pojawianiu się pęcherza moczowego w przepuklinach, jak to wynika z pracy Lejarsa (*Revue d. Chir.* 1893), w której tenże aż 27 przypadków z 20-ma obrażeniami zestawił a do których Ostermayer dodaje jeszcze dalszych 11 z 4-ma zranieniami, pochodzi ztąd, iż obecnie od czasów antyseptyki i wprowadzenia lepszych metod operacyjnych w radykalnem leczeniu przepuklin o wiele częściej przepukliny w ogóle operujemy a nadto sposób operowania doznał zasadniczej zmiany; gdy bowiem dawniej worek przepuklinowy tylko po prostu nacinano, wyjmujemy go dzisiaj doszczętnie.

Dlatego też wiadomość o tego rodzaju i to nie rzadko pojawiającej się komplikacyi jest dla dzisiejszych operatorów wielkiego znaczenia.

Wyjątkowo tylko udało się rozpoznać przed operacyą, że pęcherz znajduje się w przepuklinie, lecz co ciekawsza rzecz to, że nie rozpoznano go podczas operacyi a tem samem nieraz nacięto. Na szczęście tylko w 7-miu przypadkach na-

stąpiła śmierć i to tylko w 4-ch jako bezpośrednie następstwo obrażenia pęcherza.

Dla zapobieżenia takim niespodziankom podaje autor, że w kierunku ku wewnątrz i tyłowi od górnej części worka przepuklinowego znajduje się w przypadkach wypadnięcia pęcherza (*cystocele*) jakby ostrzegający tłuszcz, charakterycznie jasno-żółtego (cytrynowego) koloru i w płatkach odróżniających go od zwykłego tłuszczu podskórnego. Tylko wyjątkowo była ściana pęcherza zrosła z workiem przepuklinowym a w tych przypadkach zwrócić winny uwagę operatora na grożące niebezpieczeństwo niezwykle zbite i trudne do oddzielenia zrosty. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Tom XXXIX. 1 i 2). *Obaliński.*

Choroby umysłowe.

R. Krafft-Ebing: **O szerzeniu się porażenia postępowego ze względu na czynniki społeczne.**

Na podstawie wielkiego materyału statystycznego wykazuje autor, że liczba przypadków porażenia postępowego powiększa się i to powiększa procentowo na koszt innych chorób umysłowych, osobliwie dobrotliwych, następnie, że porażenie postępowe pojawia się teraz częściej we wcześniejszym wieku życia i u kobiet, niż to było dawniej. Przyczyny tego dopatruje się w teraźniejszych stosunkach społecznych, które wpłynęły także i na zmianę stanowiska kobiety. W wyższych sferach społecznych wszakże kobiety rzadko cierpią na porażenie postępowe. Daty statystyczne zakładu obłąkanych w Aix w Algierze dowodzą, iż ludy przedtem wolne od przerzeczonej choroby, jak Arabowie z postępem zmiany trybu życia i cywilizacyi choroby tej dostają coraz częściej. Również to pewne, że ludność miejska częściej cierpi na porażenie postępowe, niż wiejska. Warstwy społeczne wystawione więcej niż inne na niebezpieczeństwo nabawienia się kiły, częściej też okazują porażenie postępowe. Natomiast nie można wykazać wpływu nadużywania alkoholu na powstawanie porażenia postępowego. (*Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie.* Tom XIII. 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

51. I. Grundzach (w Warszawie): Wskazania do piloroplastyki, pilorektomii i gastroenterostomii. Autor zadawszy sobie pytanie, kiedy należy odstąpić od leczenia wewnętrznego a zasięgnąć zdania operatora, odpowiada na nie tak:

Pierwszem i głównem wskazaniem do operacyj na żołądku jest jego rozszerzenie (*dilatatio*) tak pierwotne, jak i następowe.

Co do pierwotnego rozszerzenia żołądka, możemy w znacznej liczbie przypadków wyłączyć zwężenie odźwiernika jako jego przyczynę, której natomiast mamy szukać w zboczeniach bądź innerwacyi, bądź odżywiania ogólnego, względnie odżywiania warstwy mięśnej żołądka (w rekonwalescencyi po ciężkich chorobach, długiem nadużywaniu pokarmów i napojów, przewlekłym nieżycie żołądka). Przeciwnie jak Bouchard, nazywa autor rozszerzeniem żołądka stan tego organu, w którym rano na czczo znajdują się niestrawione lub gnijące z poprzedniego dnia pokarmy, które przeto za długo tam przebywają, stan, w którym w 3—4 tygodni po śniadaniu próbnem Ewalda a w 8—10 godzin po śniadaniu próbnem Riegla znajdują się w żołądku niestrawione reszty pokarmów. Rozszerzenie żołądka jestto dla klinika po prostu niedomoga ruchowa znacznego stopnia (*insufficientia motoria majoris gradus*). Do tej niedomogi liczyćby także należało sprawy chorobowe, w których żołądek jest nieznacznie lub nawet całkiem nie rozszerzony, w których jednak z rana znajdują się w żołądku pokarmy niestrawione z dnia poprzedniego.

Co do rozpoznania rozszerzenia żołądka, nadmienia autor, że pluskanie dające się wywołać przez opukiwanie i wstrząsanie ścian brzusznych nie jest bynajmniej pewnym znakiem rozszerzenia żołądka, bo pochodzić może z rozszerzonej okrężnicy poprzecznej a w czczym żołądku od żółci, śluzu lub soku żołądkowego. Oczywiście, że wymioty na czczo, powtarzające się często i wyrzucające niestrawione resztki pokarmów mają to samo znaczenie, co wykrycie niestrawionych pokarmów za pomocą zgłębnika, oczywiście, jeżeli można wykluczyć duży uchyłek *(diverticulum oesophagi)* gardzieli.

Otóż wskazaniami do operacyi w rozszerzeniu pierwotnem żołądka są: trwanie choroby całemi latami, nieskuteczność wszelkiej terapii wewnętrznej, niebezpieczeństwo dla ustroju z działania trującego wytworów kiśnienia nieprawidłowego i gnicia w żołądku, upadek ogólny odżywienia ustroju.

W przypadkach, w których nie ma tych objawów, nikt nie będzie myślał o operacyi.

Do operacyi w pierwotnem rozszerzeniu żołądka nadają się dwie metody: 1) utworzenie fałdu równoległego do osi żołądka na wewnątrz lub pod kątem do tej osi, jak to zrobił Bircher z dobrym skutkiem w trzech przypadkach; taki fałd nie przeszkadza czynności żołądka a może nawet po niejakim czasie popaść w zanik; 2) gastroenterostomia, czyli utworzenie przetoki żołądkojelitowej, która ma tę dobrą stronę, że oszczędza chory narząd, za to drugi, t. j. jelito pobudza do czynności energicznej, czego nie ma w operacyi sposobem Birchera.

Rozszerzenie żołądka następowe jest ważnem wskazaniem do operacyi a z wyjątkiem przypadków lekkich, powstałych ze zwężenia odźwiernika skutkiem przerostu warstwy mięsnej lub nacieku w ścianach, w których środkami wewnętrznemi i dyetetycznemi, przepłukiwaniem i t. d. można stan chorych do pewnego stopnia poprawić lub przynajmniej uczynić znośnym, możemy w ogólności powiedzieć, że rozszerzenie tego rodzaju stanowi najczęstsze wskazanie do operacyi. Tutaj to należą przypadki blizny po wrzodzie okrągłym żołądka, złośliwych guzów w odźwierniku lub dwunastnicy, zagięcia odźwiernika pod kątem, unieruchomienia skutkiem zrostów z narządami sąsiedniemi, ucisku ze strony przez obrzmienie w częściach sąsiednich, skurczenia się lub przerostu odźwiernika wskutek zboczeń czynnościowych i t. d.

W przypadkach takich nie godzi się tracić czasu na próbowanie środków wewnętrznych, które tu nic a nic pomódz nie zdołają, lecz uciec się trzeba do operacyi, ale jakiej?

Hacker sądzi, że w zwężeniach skutkiem blizn odpowiedniejsza jest garstroenterostomia, niż resekcya, jeżeli ta napotyka na trudności, n. p. zrosty z trzustką i t. p. Jeżeli zrosty są przyczyną zwężenia lub zagięcia, radzi Hacker przeciąć je, co atoli, jak tego dowodzi przypadek Puławskiego, da się zrobić tylko z zachowaniem pewnych ostrożności, gdyż zrosty mogą powstać przez przyczepienie się dna wrzodu do sąsiedztwa. Piloroplastyka sposobem Heineckego-Mikulicza wskazana jest w razie zwężenia odźwiernika przez małą i wązką bliznę, zresztą ruchomego. Jeżeli guz jest ruchomy a natura jego nieznana, najodpowiedniejszą jest resekcya.

Następnie wskazaniem do operacyi są złośliwe guzy odźwiernika i zagięcia większego (*curvatura major*). Wczesne ich rozpoznanie, jakkolwiek bynajmniej nie łatwe, jest nadzwyczaj ważne; im wcześniej bowiem operuje się, tem lepsze ma się rezultaty. Znane są przypadki, w których po resekcyi odźwiernika z przyczyny raka chorzy żyli po 5 lat i dłużej; w przypadkach nie tak pomyślnych udało się przynajmniej życie przedłużyć i złagodzić cierpienia. Wskazanie do stósownych w takich razach operacyj, resekcyi i założenia przetoki znają dobrze chirurdzy.

Dalej wskazaniem do operacyi jest według Rydygiera wrzód przewlekły żołądka. Jeżeli mimo wszelkiego leczenia wrzód nie goi się lub zagoiwszy, znowu odnawia, jeżeli powstają nowe wrzody, jeżeli siły podupadają, należy przystąpić do operacyi. W takich razach najlepiej wykroić część chora żołądka, lub (w niektórych przypadkach według Hackera) założyć przetokę.

Nakoniec wskazaniem do operacyi mogłoby być zdaniem własnem autora ciągłe, nadmierne wydzielanie się (*hypersecretio*) soku żołądkowego obok rozszerzenia żołądka z upo-

śledzeniem wchłaniania, ciągłem a znacznem zadrażnieniem błony śluzowej i zwrotnem a stałem zwężeniem się odźwiernika; również nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego obok wrzodu a ztąd gwałtownych bólów, krwotoków, jeżeli wszelkie leczenie wewnętrzne i dyetetyczne pozostaje bez skutku.

Co do skutków operacyj na żołądku, to według statystyki Billrotha, nastaje wyleczenie w 50% przypadków dobrotliwych; obecnie % ten dochodzi według Dunina do 65 i 70 a będzie jeszcze większy, jeżeli chorobę rozpoznawać się będzie wcześniej i jeszcze lepiej operować. *(Therapeutische Monatshefte*. Marzec 1895).

52. G. Singer (w Wiedniu): O żywieniu przez odbytnicę *(rectum)*. Zdaniem autora żywienie przez odbytnicę zasługuje na częstsze, niż dotychczas zastosowanie praktyczne. Pomijając już wrzód żołądka, w którym jest przedewszystkiem wskazane, osobliwie w pierwszych 4—8 dniach po wymiotach krwawych, ma ono czasami bardzo wielkie znaczenie tak w ciężkich przypadkach rozszerzenia żołądka, jak i w niektórych nerwicach tego narządu. Nawet w przebiegu duru brzusznego okazało się autorowi zbawiennem odżywianie chorych przez odbytnicę obok żywienia zwykłą drogą.

Lawatywa odżywiająca nie powinna nigdy przekraczać objętości ¼ litra (czyli wagi około 250 gramów). Najpraktyczniej składać się ona winna ze 125 gramów mleka, tyluż wina, dwóch żółtek jajecznych i łyżeczki od kawy peptonu, tudzież trochy cukru i soli. Dziennie powinno się dawać takich lawatyw 3—4 a po nich założyć czopek z odpowiednią ilością wyciągu wodnego makowca *(extum opii aquosum)*. Jeżeli odbytnica jest bardzo drażliwa i lawatywę wyrzuca, dobrze jest dodać do lawatywy 8—10 kropel nastoju makowca.

Nakoniec przekonał się autor, że lawatywy z wina i naparu herbaty są bardzo dobrym środkiem przeciw zapadowi w chorobach ostrych, mianowicie wtedy, gdy z jakiegobądź powodu nie można podać zwykłym sposobem napojów wyskokowych.

53. E. Finger (w Wiedniu): Leczenie zapalenia rtęciowego jamy ustnej *(stomatitis mercurialis)*. Autor zaleca następujące przepisy:

a) Rp. *Acidi carbolici* 1·50
Spiritus vini
Aquae destil. $\widetilde{aa}$ 75·00

MDS. Płukać usta mieszaniną tego płynu z wodą w stosunku łyżeczki od kawy płynu na szklankę wody.

lub:

b) *Kreosoti fagini* 10·00
Spiritus vini
Aquae destil. $\widetilde{aa}$ 100·00
MDS. Jak poprzednio.

Również można dotykać się dziąseł i błony śluzowej policzków pędzelkiem napojonym:

c) *Ttrae gallarum*
Ttrae ratanhiae $\widetilde{aa}$ 30·00

Jeżeli zaś dziąsła są bardzo rozpulchnione, można je pomazywać mięszaniną jedną z następujących:

d) *Olei juniperi empyreumatici*
Spiritus vini $\widetilde{aa}$ 10·00
Ttrae opii 2·00
MDS. Zewnętrznie.

lub:

e) *Tannini* 3·00
Glycerini 6·00
MDS. Zamięszawszy używać zewnętrznie.

(La semaine medicale 17. Kwietnia 1895).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 5. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 25. a jako gość kol. Kummerling z Abbazyi.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia dwie chore ze zmianami kiłowemi pierwotnemi na sutkach. U jednej jest po kilka owrzodzeń na obu sutkach, u drugiej trzy owrzodzenia na prawym sutku i takie samo owrzodzenie na grzbiecie ręki prawej, na skórze *metacarpus indicis*. Czy owrzodzenie na ręce powstało równocześnie z owrzodzeniami na piersi, chora dokładnie podać nie umie. Mówca zwraca uwagę na częstość zarażeń skutkiem karmienia dzieci kiłowych. W statystyce ekstragenitalnych zarażeń te przypadki znacznie częstością swą górują ponad inne.

W dyskusyi zabierali głos koll. Obtułowicz, Ulhma i Barącz, który wspomina o przypadku pierwotnego wrzodu twardego palca u dentysty. Zarażenie nastąpiło przy plombowaniu zębów chorego dotkniętego wtórorzędnemi zmianami kiłowemi. Kol. B. poleca zachowanie ostrożności przy badaniu jamy ustnej. Kol. B. miał również chorego dotkniętego wrzodem miękkim fagedenicznym palca; chory przeszczepił sobie wrzód miękki, opatrując bez przestrzegania zasad czystości swój wrzód miękki na częściach płciowych. Kol. B. zapytuje się prymaryusza Dra Świątkiewicza, czy w swoim oddziale nie spostrzegał również wrzodu miękkiego poza częściami płciowemi. Ś. takiego przypadku, gdzieby wrzód miękki pierwotnie poza częściami płciowemi powstał, nie zna, widział jednak kilka przypadków, gdzie chorzy na wrzód miękki części płciowych przeszczepiali go sobie bądź to na uda bądź też na palce. Streszczenie własne).

3) Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego promienicą szyi; przypadek ciekawy pod trojakim względem: 1) ze względu na sposób powstania sprawy chorobowej, 2) ponieważ sprawa chorobowa okazuje wędrowanie, 3) ze względu na zastosowane leczenie.

Chory, ukończony medyk, zeznaje, że początek choroby datuje się od czasu spożycia jabłek zapakowanych w plewach. Przy jedzeniu jabłka ugrzęzło mu coś w podniebieniu; ból kilkudniowy w podniebieniu. W tydzień po tem coraz bardziej zwiększający się szczękościsk, trwający 2 tygodnie. Po ustąpieniu jego obrzęk okolicy kąta szczęki, obniżający się powoli ku dołowi na szyję. Przy badaniu charakterystyczny dla promienicy obrzęk szyi; przy przecięciu jego *actinomyces*. Operacya doszczętna w narkozie chloroformowej nie odniosła skutku; powstanie nowych ognisk w tylnym zakresie rany. Wewnętrzne podawanie jodku potasu. Zmniejszanie się jednak bardzo powolne obrzęku. Chory wyżył dotąd 54 grm. jodku potasu.

Kol. B. zdaje sprawę z dotychczasowych wyników zastosowania jodku potasu u zwierząt i u ludzi w promienicy i sądzi, że w cięższych postaciach tej choroby (osobliwie wobec promienicy klatki piersiowej), należałoby się spodziewać przy tem leczeniu lepszych wyników, aniżeli przy leczeniu wyczekującem lub czysto chirurgicznem. Według Netfera jodek potasu nie zabija grzybka promieniczego, tylko czyni tkanki ustroju odpornemi na jego działanie, gdyż hodowle udają się na żelatynie zaprawionej jodkiem potasu.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wehr i prelegent. (Streszczenie własne).

4) Kol. Szpilman okazał nadesłaną sobie do dyspozycyi przez instytut Pasteura surowicę antydyfterytyczną wyrobu Dra Roux'a, którą dla doświadczeń w szpitalu św. Zofii oddał Drowi Merczyńskiemu. Streściwszy instrukcyą dołączoną do tej przesyłki co do sposobu stosowania, wielkości dawek i t. d. zauważył, że surowica ta jest silniejszą od Nra II. Behringa a ma tę wyższość nad ostatnią, że nie zawiera karbolu, ale kamforę i że flakoniki z surowicą francuską są ściśle antyseptycznie zamknięte, gdy tymczasem surowica Behringa bywa w słoikach, zwykłym korkiem zatkanych rozsyłaną.

W końcu nadmienił Dr. J. S., że imunizowanie dwóch koni stojących w szkole weterynaryi już znacznie postąpiło i że w ciągu Maja b. r.

zaprosi Szanownych Kolegów do zakładu dla demonstracyi wyrobu toksyny, sposobu imunizowania tych koni, jakoteż i innych zwierząt szczepionych ochronnie przeciw wąglikowi i t. d. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Krokiewicz wspomina, że i w Wiedniu idąc za przykładem Dra Roux'a dodawano kamfory a nie karbolu. W sprawie samej imunizacyi nadmienia mówca, że niektóre konie nie znoszą toksyny i czasem już po jednym gramie giną. U tych, które próby szczęśliwie przebyły, surowica powoli siłę imunizacyjną z czasem traciła; trzeba je było po każdym krwi upuście dalej imunizować.

Kol. Merczyński stwierdza, że śmiertelność z błonicy niezawodnie się zmniejszyła. Procent jej w ostatnich 10 latach wynosił 50 do 70; teraz przy użyciu surowicy przeciwbłoniczej (w 60 przypadkach) 25 wynosi. Do 24 godzin po wstrzyknięciu surowicy sprawa się ogranicza a po 48 godzinach błony się oddzielają. U małych dzieci, gdzie sprawa w oskrzelach, w kilkanaście godzin po zastrzyknięciu występować zwykła duszność i sprowadzać śmierć.

Kol. Stroynowski zwraca uwagę, że kongres monachijski dochodzi obecnie niemal do tych samych wniosków, jakie już w Grudniu r. b. kolega Merczyński na jednem z posiedzeń sekcyi lwowskiej wypowiedział.

Kol. Wehr zapytuje się, czy bywa potrzebną i czy była robioną kiedy tracheotomia obok zastrzykiwań.

Kol. Merczyński odpowiada, że u starszych dzieci daje ona dobre wyniki, u małych jednak, zwłaszcza jeźli duszność stała, jeźli krup w oskrzelach, nie można się po niej niczego spodziewać.

Kol. Schram nabrał tego przekonania, że przy użyciu surowicy znacznie rzadziej zachodzić będzie potrzeba tracheotomii i że można z wykonaniem jej dłużej zwlekać. W ogóle mówca rokuje przyszłość temu leczeniu. (Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. Kwietnia 1895 r.

— Piąte ogólne zebranie **Izby lekarskiej w Krakowie** odbędzie się w sobotę 4. Maja 1895. o godz. 5. po południu w lokalu Izby (Kraków, ulica św. Krzyża 7.), na którem obok zamknięcia rachunków za r. 1893. i 1894. i udzielania absolutoryum Wydziałowi, przyjdzie pod naradę kilka ważniejszych spraw, tyczących się stanu lekarskiego.

— Wiadomo, iż mleko jest znakomitą pożywką dla bakteryj, które w niem mnożą się z nadzwyczajną szybkością. Według poszukiwań Freudenreicha, dyrektora pracowni bakteryologicznej w Bernie szwajcarskim, mleko, które w chwili dojenia zawierało 9000 bakteryj w centymetrze sześciennym, zawierało ich w ciepłocie 15° z końcem 7. godziny 60000, po upływie zaś 25 godzin 5000000; w temperaturze między 23 a 25° liczba bakteryj po upływie 25 godzin doszła do 812500000.

— Na porządku dziennym piątego międzynarodowego kongresu otologicznego mającego odbyć się w roku bieżącym od 23. do 26. Września we Florencyi, jak donieśliśmy już dawniej, znajdują się następujące kwestye naukowe: 1) Leczenie ropni wśródczaszkowych w skutek spraw ropnych w uchu (sprawozdawcą T. Barr z Glasgowa). 2) Leczenie ogólne w chorobach usznych (sprawozd. Gellé z Paryża). 3) Leczenie ogólne w zapaleniu ucha wewnętrznego (sprawozd. Gradenigo z Turynu). 4) Zmiany patologiczne w błędniku (sprawozd. Politzer z Wiednia). 5) Fizyologia ucha środkowego (sprawozd. Secchi z Bolonii).

— Dr. Józef Wernicki, lekarz i były poseł sejmowy mianowany dyrektorem filii galic. banku hipotecznego w Krakowie.

— Dr. Józef Kołaczkowski, znany lekarz, ordynujący od kilkunastu lat w Szczawnicy, wydał broszurę pod tytułem: *Zakład wodoleczniczy w Szczawnicy na Miedziusiu z pensyonatem* zawierającą bardzo dokładny opis tego zakładu i wszelkie skazówki dla udających się do niego o pomoc. Dwie bardzo udatne ryciny i nader staranne pod względem typograficznym wydanie dopełniają w sposób przyjemny całości.

— Jeneralny sekretarz XI. międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie w roku zeszłym odbytego, prof. Dr. E. Maragliano w Genui (*Instituto di clinica medica*) uprasza tych członków kongresu, którzy zmienili swe miejsce pobytu, by mu podali swój teraźniejszy adres celem wysłania im drugiego tomu rozpraw rzeczonego kongresu.

— Z urzędowych dat statystycznych wypada, iż w ostatnich 10 latach (1883—1893) stosunki sanitarne w monarchii austryackiej poprawiły się znacznie; i tak gdy w roku 1873 zmarło 39.5‰ ludności a i w latach następnych do 1883 śmiertelność rzadko zmniejszała się poniżej 30‰, zeszła taż śmiertelność w roku 1892 do 28.8 a w roku 1893 do 27·7‰. Sama nawet cholera nie wpłynęła istotnie na te liczby. Gdy przed laty 10 choroby zakaźne przyczyniły się 21% do ogólnej śmiertelności, przypada teraz na nie tylko 15%. W roku 1882 umarło z 10000 ludzi 64 na choroby zakaźne, w roku 1883 tylko 53, w latach następnych od 44 do 47 a w roku 1893 tylko 37 osób.

Ta poprawa stosunków sanitarnych idzie w parze z rozwojem odpowiednich urządzeń lekarskich, mianowicie w walce z chorobami zakaźnemi i oszczędziła w pięciu latach ostatnich życia 252000 osobom.

— **Potrzebny lekarz** w mieście Zyzmorach, gubernii wileńskiej. Zgłaszać się można listownie do aptekarza miejscowego, p. H. Bortkiewicza.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Charkowie w dniu 13. b. m. w 76. roku życia Dr. **Władysław Frankowski**, urodzony w powiecie mozyrskim, uczeń b. Akademii wileńskiej a następnie Uniwersytetu charkowskiego, b. ordynator tamtejszej kliniki chorób wewnętrznych, obywatel honorowy Charkowa, powoływany od roku 1867. ciągle na urząd sędziego pokoju, inicyator założenia w tem mieście szpitala dla dzieci, wielki dobroczyńca ubogich i ztąd ich przyjacielem zwany, lekarz cieszący się nadzwyczajnem wzięciem u chorych a poważaniem u ludności. Pogrzeb odbył się przy wielkim udziale reprezentantów władz i publiczności a dla uczczenia pamięci zmarłego mają być utworzone stypendya i fundacye dobroczynne. — W Piotrkowie dnia 13 b. m. w 66. roku życia Dr. **Maryan Wygrzywalski**, lekarz powszechnym otaczany szacunkiem. — W Lublinie w dniu 20. b. m. w 31. roku życia Dr. **Józef Weintraub**, lekarz dawniej w Izbicy w gubernii kaliskiej praktykujący. — W dniu 24. b. m. w 79. roku życia w Lipsku słynny fizyolog niemiecki **Karol Ludwig**, profesor naprzód w Marburgu, potem w Zurychu, następnie od roku 1855. do 1865. w Wiedniu (w nieistniejącym już teraz Józefinum), nakoniec w Lipsku, autor cennego dzieła *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 16-tym. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. M. Zweigbaum: O torbielach pochwy (ciąg dalszy). N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*. Pasożyt chorobotwórczy dla ryb. A. Puławski: Dwa ropnie w substancyi białej mózgu w przebiegu suchot płucnych. — W *Medycynie* Nrze 16-tym. W. Palmirski i W. Orłowski: Badanie porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa, Aronsona, Roux, krakowskiej i warszawskiej. S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych. — W *Przewodniku higienicznym*, Zeszycie za Kwiecień. F. Sroczyński: Wzrok i okulary. Pogadanka higieniczna.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 1. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. prof. Rydygier: *O splenopeksyi*; 2) kol. Schwarz: *Przyczynek do statystyki chorób wenerycznych w Krakowie z ostatnich lat pięciu.*

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. C. w W. List otrzymaliśmy i dziękujemy za pamięć. Zrobimy zeń użytek dopiero później. W celu bliższego porozumienia się prosimy o dokładny adres.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżniona została posada sekundaryusza z płacą roczną w ilości 400 złr.

Kandydaci do tej posady muszą oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryackie,

2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryackich,

3) dokładną znajomość języków krajowych,

4) nieskazitelny charakter, tudzież wiek nieprzekraczający 40 lat.

5) opis dotychczasowej praktyki.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca Kwietnia 1895.

Magistrat król. woln. miasta. 79—3—3

Przemyśl, dnia 30 Marca 1895.

Dworski.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.